



Özel EKOL HASTANESİ

HASTA DOSYASININ HAZIRLIĞI, KULLANIMI VE MUHAFAZASI TALİMATI



1. AMAÇ:

Bu talimatın amacı, hastanemizde yatarak tedavi gören hastaların tedavi ve bakımlarının takip altına alınması adına tutulan kayıtlara yönelik standart uygulamaların belirlenmesini sağlamak, hastaların taburculuk işlemlerinin tamamlanmasıyla hasta dosyalarının hazırlanması aşamasında dikkate alınması gereken ilkeleri ve sorumlu kişileri belirlemek, hasta dosyalarının mahremiyet kuralları çerçevesinde muhafaza edilme koşullarını belirlemektir.

2. KAPSAM:

Bu talimat hasta dosyalarının hazırlanması, kullanımı ve muhafazası ile ilgili faaliyetleri ve bu faaliyetlerle bağlantılı tüm faaliyetleri kapsar.

3. SORUMLULAR:

Bu talimatın uygulanmasından hasta dosyalarının hazırlanması, kullanımı ve muhafazası süreçlerinde görevli olan tüm personel (yatan hasta kabulünde görevli hasta kabul personeli, servis sorumlu hemşireleri, servis sorumlu sekreterleri, tıbbi arşiv sorumlusu ve tıbbi arşiv görevlisi), kontrolünden Tedavi ve Bakım Hizmetleri Müdürü sorumludur.

4. FAALİYET:

4.1. Temel İlkeler

4.1.1. Hastalara, tanı ve tedavi hizmeti verilirken hastaya ait kimlik bilgilerinin doğru tanımlanması ve kimlik doğrulanması yapılarak; doğru hastaya, doğru işlem ve doğru tedavi yapılmasını sağlamak adına “**Hasta Kimliğinin Tanımlanması ve Doğrulanması Prosedürü**” uygulanmalıdır.

4.1.2. Hasta kayıtları mahremiyeti olan bilgilerdir. Bu nedenle yetkisiz personelin erişemeyeceği şekilde hırsızlığa karşı korunmalı ve her ne olursa olsun hastane dışına çıkarılmamalıdır.

4.1.3. Hastanemize yatışına karar verilen hastaların ilk kaydı yatan hasta kabul sekreteri tarafından yapılmaktadır. Hasta kabul formunda yer alan tüm hasta bilgileri doğru ve eksiksiz bir şekilde hasta kabul sekreteri tarafından girilir. Girilen bilgilerin yanlışlığından ve eksikliğinden hasta kaydını gerçekleştiren sekreter sorumludur.

4.1.4. Hasta dosyasının içerisinde bulunan belgelerin içeriğinden ve tamlığından doğrudan sorumlu olan kişiler, ” **Hasta Dosyası İçeriği Kontrol Formu**” nda yer alan belgelerin form sorumlusu kısmında belirtilen kişilerdir.

4.1.5. Her hasta dosyası bir adli vaka olma potansiyeli taşıdığından, kişilerin sorumlu olduğu formları doğru ve eksiksiz bir şekilde doldurmaları klinik risk yönetimi açısından dikkat edilmesi gereken bir durumdur.

4.1.6. Yatan hasta dosyası, servis sekreterinin sorumluluğundadır. Dosya içindeki evrakların tamlığı; hastanın kimlik bilgilerinin hastaya ait her doküman için tanımlanması, ilgili doktorun isim kaşesinin ve imzasının varlığı kontrol edilir eksiğe arşive teslim edilmeden önce tamamlanması sağlanır.

4.1.7. Hastanın tüm evraklarında hastanın adı-soyadı ve başvuru bilgileri olmak üzere kimliklendirilmesinin yapılması zorunludur.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>TA.TL.03</i>	<i>13.02.2023</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>1 / 3</i>



Özel EKOL HASTANESİ

HASTA DOSYASININ HAZIRLIĞI, KULLANIMI VE MUHAFAZASI TALİMATI



4.1.8. Hasta rıza formları tam ve eksiksiz olarak doldurulmuş olmalıdır.

4.1.9. Her hasta dosyasının epikrizi olmak zorundadır. Epikriz tamamlanmış ve sorumluları tarafından imzalanmış olmalıdır.

4.1.10. EKG, USG, NST, vb. özel çıktılar titizlikle düzenlendikten dosya içerisine konulmalı, sonra ataç veya zımba kullanılmamalıdır.

4.1.11. Hastaların hastanemiz içerisinde yapılan ve hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden erişilebilen laboratuvar sonuçları hasta dosyası içerisine konulmamalı ve yerinde imha edilmelidir.

4.1.12. Adli vaka başvurusuyla gelen hastanın dosyasına “ADLİ VAKA” notu düşülmelidir.

4.1.13. Hasta dosyalarının içerisindeki evraklar Tıbbi Arşiv Birimine teslim edilmeden önce “Hasta Dosyası İçeriği Kontrol Formu” na uygun sıraya göre sıralanmalıdır.

4.1.14. Kontrol sırasında eksik olduğu tespit edilen dosyalar teslim alınmaz. Tamamlanması için ilgili sekretere iade edilir.

4.2. FAALİYET

4.2.1. **Hazırlanması:** Tanı veya ön tanıya dönük temel formlar **Dosya İçerik Kontrol Formu** ile hazırlanır.

- Yatışına karar verilen hastaların yatış işlemleri yatan hasta kabul sekterleri tarafından yapılır.
- Kaydı gerçekleştirilen hastaların tedavi işlemi başlatılmak üzere ilgili servis sekreteri hasta işlemlerini takip eder.
- Uygulanan tedavilerin kayıtları hasta dosyası içerisinde bulunan ilgili evrakların ilgili bölümlerine yazılmak suretiyle kayıt altına alınır. Tedaviyi uygulayan hemşire yapılan işlemin kaydını paraf atmak suretiyle kayıt altına alınmasını sağlar.
- Taburculuk işlemine hazırlanan hastanın dosyası servis sorumlu hemşiresi tarafından kontrol edilir varsa tespit edilen eksiklikler tamamlanır. Dosya servis sorumlu sekreterine teslim edilir.
- Taburculuk işlemi tamamlanan hasta dosyası servis sorumlu sekreteri tarafından temel ilkeler göz önünde bulundurularak kontrol edilir varsa tespit edilen eksiklikler tamamlanır.

4.2.2. **Kullanımı:** Tedavi ve Bakım sürecinde ihtiyaç halinde kullanılması gereken formlar sistemden çıkarılarak dosyaya eklenir.

4.2.3. **Muhafazası:** Kullanımda ki hasta dosyaları bankolardaki gizli bölmelerde, kullanıcıların erişebileceği şekilde muhafaza edilir.

- Taburculuk işlemi tamamlanan hastaların dosyaları, Tıbbi Kayıt Ve Arşivi Yönetimi Prosedüründe belirtilen “*taburcu olan hastaların dosyalarının, taburculuktan sonra en geç 30 gün içerisinde arşive teslim edilmesi gerekmektedir.*” maddesi gereği, 30 iş günü içerisinde hazırlanıp arşiv birimine teslim edilmelidir.
- Kontrolleri sağlanan ve arşiv birimine teslim edilmeye hazır olan hasta dosyaları, “Tıbbi Arşiv Teslim Formu” doldurularak arşiv birimine teslim edilir.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
TA.TL.03	13.02.2023	00	-	2 / 3



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA DOSYASININ HAZIRLIĞI, KULLANIMI
VE MUHAFAZASI TALİMATI



Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite & Akreditasyon Sorumlusu Sude BAKIR	Kalite Koordinatörü Yeşim İNÇİ	Kalite Yönetim Direktörü Prof. Dr. Tuncay ÇAĞLAR

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
TA.TL.03	13.02.2023	00	-	3 / 3